

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FUERZAS ARMADAS

INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA  
"CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"  
Glorieta del Ejército s/n 28047 Madrid  
Teléfono: 914222428

VOL. 16 Nº 189 julio 2009

CASOS EDO CORRESPONDIENTES AL MES DE JUNIO DE 2009 (1) (2)

ENFERMEDADES	H.C.D. "GÓMEZ ULLA" MADRID		H.B.D. EL FERROL		H.G.D. ZARAGOZA		H.G.B. VALENCIA		H.G.B.D. CARTAGENA		H.S.D. SAN FERNANDO		H.M. "O'DORNEL" CEUTA		H.M. "PAGES" MELILLA		TOTAL	
	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO	CASOS MES	ACUM. AÑO
Enfermedad Meningocócica (036)	2								1								0	3
Gripe (487)	12	297	1	50	3	75					180					16	602	
Hepatitis B	0	2														0	2	
Hepatitis víricas, otras (070)		1														0	1	
Infección gonocócica (088)																		
Parotiditis (072)					1	2					1	2				2	4	
Sarampión (055)																		
Toxoinfección alimentaria(003.005)																		
Tuberculosis respiratoria (011)		1		1		1										0	3	
Legionelosis																		
Fiebre recurrente por garrapatas												1	1			1	1	
Varicela (052)	3	11	0	3	3	9					3	9	1	1		10	35	

1) Solo se reflejan las enfermedades de las que se ha notificado al menos un caso. 2) Los datos de incidencia se refieren a casos por 10.000

## INDICE

- Enfermedades infecciosas del SNC: Meningitis, págs. 1, 2 y 3.
- Casos declarados EDO junio 2009, pág. 4.

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL SNC: MENINGITIS

### INTRODUCCIÓN

La prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades infecciosas del SNC es determinante para el pronóstico del enfermo y su entorno, puesto que un tratamiento tardío, incorrecto o insuficiente se traducen en mortalidad y secuelas irreversibles.

### MENINGITIS AGUDA

El enfoque adecuado de un paciente con meningitis aguda se apoya en varios puntos fundamentales; éstos son: la confirmación del diagnóstico, la diferenciación de la enfermedad meningocócica de otros tipos de meningitis, especialmente la viral, el tratamiento, que se deberá instaurar precozmente, así como la vigilancia activa de las personas pertenecientes a su entorno más cercano.

### Modo de vigilancia

Ante la sospecha clínica de un caso de enfermedad meningocócica, todos los médicos de las Unidades están obligados a declarar dicha sospecha según la ORDEN DEF/1450/2005 de 11 de mayo BOE nº 123. La meningitis meningocócica es una enfermedad de declaración urgente, utilizando para ello las vías de comunicación verbal y

escrita que sean necesarias (teléfono, fax, mensaje, teletipo)

- **Vigilancia activa:** La búsqueda activa de casos como objetivo del diagnóstico precoz de la enfermedad nos ayuda a mejorar el pronóstico de los enfermos y permite adoptar las medidas de aislamiento necesarias para evitar el contagio de los compañeros.

Para ello, es necesario dar charlas informativas (Educación Sanitaria) que faciliten la difusión de la información sobre las características de la enfermedad en la Unidad, de forma que se acuda a los Servicios Sanitarios ante la sospecha de padecerla.

### MENINGITIS BACTERIANAS

Dentro de ellas, la enfermedad meningocócica continúa siendo un importante problema de salud. La presencia de casos esporádicos y/o agrupaciones de casos originan gran preocupación y alarma en los colectivos donde se detectan, debido a la virulencia de ciertas formas clínicas.

La meningitis meningocócica es una enfermedad bacteriana aguda causada por *Neisseria Meningitidis* que se caracteriza por comienzo repentino, con fiebre, cefalea intensa, náuseas y a menudo vómitos, rigidez de la nuca y frecuentemente erupción petequial con máculas rosadas. En

Edita



INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA  
"CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"  
Glorieta del Ejército s/n 28047 Madrid

ocasiones, los pacientes refieren un cuadro catarral desde unos días antes, indistinguible de cualquier infección banal del tracto respiratorio superior.

El comportamiento epidemiológico de la infección meningocócica está asociado estrechamente al serogrupo predominante; el serogrupo A causa importantes epidemias en el África Subsahariana; los serogrupos B y C son responsables de la infección en muchos países desarrollados en las últimas décadas.

Se trata de una enfermedad de distribución mundial con un claro patrón estacional, predominando la aparición de casos entre finales del invierno y principios de la primavera

Respecto a su distribución por edad, la mayor proporción de casos se presenta en menores de 5 años de edad y suele existir un segundo pico de incidencia en los adultos jóvenes (15-19 años), en situaciones de brotes.

Hay vacunas disponibles para la **prevención primaria** de la enfermedad en el caso de que sea debida a los serogrupos A, C, W135 e Y. Para evitar casos secundarios de enfermedad meningocócica existen medidas eficaces (quimioprofilaxis antibiótica y vacunación), si éstas son instauradas precozmente.

### Medidas preventivas generales

#### 1. MEDIDAS HIGIÉNICAS

Dado el mecanismo de transmisión de la enfermedad (por contacto directo que incluye la diseminación de gotitas y secreciones del tracto respiratorio superior) y la existencia de portadores asintomáticos, la medida más relevante es la Educación Sanitaria de la población, evitando el hacinamiento en viviendas y lugares de trabajo.

#### 2. VACUNACIÓN

Desde hace más de 30 años se dispone de vacunas que protegen frente a la enfermedad meningocócica, pero todavía hoy en día no hay vacunas que ofrezcan protección frente a todos los serogrupos patógenos. Las vacunas de polisacáridos frente a meningococos disponibles actualmente son: bivalente (grupos A y C) y tetravalente (grupos A, C, Y, W-135). Si bien no se emplean en programas de vacunación sistemática, se

usan para la vacunación de grupos de riesgo específicos y vacunación de contactos íntimos de un caso confirmado de un serogrupo contenido en la vacuna.

### Manejo de un caso esporádico

Para disminuir la ansiedad que estas situaciones provocan, es importante la rapidez en la respuesta desde los Servicios Sanitarios, tanto para informar al colectivo afectado como para establecer las medidas preventivas.

**CONTROL DE CONTACTOS:** Hay que intentar definir un grupo de riesgo elevado de adquirir la infección meningocócica mediante la **Encuesta Epidemiológica**. Así mismo, hay que administrar la quimioprofilaxis a dicho grupo. También se recomienda la vacunación, en caso de tratarse de un serogrupo para el que se disponga de vacuna.

- **Encuesta Epidemiológica:** Investiga las actividades que ha desarrollado el enfermo durante los **10 días anteriores** al diagnóstico de la enfermedad. Esta encuesta se realiza tanto en relación con las actividades desarrolladas en la Unidad, como fuera de ella. También se deben investigar las actividades que ha desarrollado su Compañía (Escuadrón, Batería, Brigada, etc.).

- **Definición de contacto/expuesto:** Se definen como contactos íntimos, a aquellas personas que en los 10 días previos al diagnóstico del caso y hasta 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico, cumplan alguna de las siguientes características:

- A los compañeros de camareras o zona de vida.

- A todos los miembros del grupo táctico (Compañía, Escuadrón, Batería, etc.) del paciente.

- A todos los miembros de otros grupos tácticos (Compañía, Escuadrón, batería, etc.) que en los 10 días que precede al diagnóstico del caso, hayan compartido espacios cerrados, o desarrollado actividades conjuntas con el enfermo.

- A todos los sujetos que hayan tenido un contacto cercano con el enfermo en los 10 días anteriores al diagnóstico.

- En Unidades en que se comparten con frecuencia espacios cerrados (buques,

aeronaves, etc.) se considerará contactos a toda la Unidad.

### Quimioprofilaxis

El objetivo de esta medida es reducir el riesgo de enfermedad invasiva erradicando los portadores en el grupo de contactos de riesgo. Actúa de dos maneras: eliminando los portadores sanos que se encuentran en el entorno del caso (evitando la transmisión de la cepa virulenta a otras personas susceptibles) y eliminando el meningococo de los contactos estrechos del caso que han adquirido recientemente la cepa invasiva y que pueden encontrarse a riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad.

Es muy importante asegurar la toma de fármaco de todos los clasificados como contacto/expuesto tras la investigación epidemiológica, ya que rompe la cadena de transmisión de la enfermedad. El fármaco recomendado es la rifampicina, pero si el número de contactos es muy elevado, se puede administrar ciprofloxacino en una única dosis vía oral.

### A QUIEN SE ADMINISTRA

A todos los compañeros y mandos del grupo táctico (Compañía, Escuadrón, Batería,..)

A todas las personas de la Unidad que han tenido un contacto cercano con el enfermo en 10 días.

Si la Compañía ha realizado actividades conjuntas, con contacto cercano y prolongado, con otras compañías, se administrará la quimioprofilaxis a estas compañías

En Submarinos, Buques y Unidades en que se compartan estrechamente los espacios cerrados, se administrará la quimioprofilaxis a toda la Unidad.

Independientemente de su estado vacunal, se recomienda su administración lo antes posible tras la detección del caso, idealmente en las primeras 24 horas, siendo dudosa su utilidad después de 10 días.

### Vacunación

Contactos íntimos de un caso confirmado de un serogrupo contenido en la vacuna. Hay que incidir en que la vacunación en ningún caso sustituye a la quimioprofilaxis, ambas son necesarias para evitar la aparición

de casos secundarios tras la aparición del caso índice.

### MENINGITIS VIRAL

Dentro de las meningitis agudas se encuentran las meningitis virales, que representan el 58% de todas las meningitis. Los virus del herpes simple, el sarampión, la varicela y los virus que constituyen el grupo de los enterovirus son los agentes más frecuentes.

La meningitis viral o aséptica, se describe como un síndrome clínico relativamente común que en ocasiones puede adquirir gravedad. Se caracteriza por un cuadro febril de comienzo repentino, con signos y síntomas de afección meníngea, que rara vez dura más de diez días. El restablecimiento suele ser completo. Las manifestaciones clínicas dependen del huésped, la localización preferencial del agente infeccioso y su virulencia.

Los enterovirus representan entre el 85 y 95% de los casos en que se identifica el agente etiológico. Su distribución es mundial y los brotes aparecen principalmente en verano y otoño. El reservorio son los seres humanos. La transmisión es fecal-oral.

### Medidas preventivas generales

- Fomentar el lavado meticuloso de las manos y mantener la higiene en general, y del baño y cocina en particular. No utilizar los mismos elementos de limpieza en ambos ambientes y utilizar agua y agentes desinfectantes.

- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser con un pañuelo desechable (o en el ángulo del codo). Tratar de no tocarse la boca, nariz y/u ojos después de toser. Lavarse las manos después de sonarse la nariz o toser.

- Evitar el contacto directo con las personas enfermas o que tengan fiebre y tos.

- Ventilar las habitaciones, especialmente la habitación del enfermo.

**En estos casos NO ES NECESARIO tratamiento antibiótico del paciente ni la administración de quimioprofilaxis o vacunas al personal considerado como contacto/expuesto.**